様式第４号（第８条関係）

介護保険住宅改修支援事業補助金交付請求書

年　　月　　日

赤平市長　　　　様

（申請者）

所在地

事業所名

代表者氏名

赤平市介護保険住宅改修支援事業補助金交付要綱第８条の規定により，下記のとおり請求します。

記

請求金額　　　　　　　　　　　　円

ただし，　　　　年　　月　　日付け交付決定に基づく補助金

上記補助金を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替  依頼欄 | 金融機関名 | 支店名 | | 口座種別 | 口座番号 |
|  |  | |  |  |
| フリガナ | |  | | |
| 口座名義人 | |  | | |

**【 記載例 】**

様式第４号（第８条関係）

介護保険住宅改修支援事業補助金交付請求書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

赤平市長　　　　様

**注意！～請求印について～**

請求印を省略することができます。

ただし、請求印を省略する際は、点線枠内の情報を記載の上、提出願います。

※請求印を押印された場合は、点線枠内の情報は必要ありません。

（申請者）

所在地　〇〇市〇〇町〇丁目〇番地

事業所名　〇〇指定介護予防支援事業所

代表者氏名　〇〇長　〇〇　〇〇

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本件責任者　△△部長　□□　□□

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　　　０１２＊－＊＊－１２３４

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　　　△△課　◇◇　◇◇

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　　　０１２＊－＊＊－１２３５

赤平市介護保険住宅改修支援事業補助金交付要綱第８条の規定により，下記のとおり請求します。

記

請求金額　　　　　＃，＃＃＃円

ただし，令和〇〇年〇〇月〇〇日付け交付決定に基づく補助金

上記補助金を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替  依頼欄 | 金融機関名 | 支店名 | | 口座種別 | 口座番号 |
| 〇〇銀行 | 〇〇支店 | | 普通 | 1234567 |
| フリガナ | | 〇〇シテイカイゴヨボウシエンジギョウショ　〇〇チョウ　〇〇　〇〇 | | |
| 口座名義人 | | 〇〇指定介護予防支援事業所  　〇〇長　〇〇　〇〇 | | |